



Załącznik nr 1 do Zasad rekrutacji i kwalifikacji
do projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” dofinansowanego ze środków Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie - ZIT

Wnioskuję o wsparcie w formie: (należy zaznaczyć właściwe pola)

wczesna opieka poszpitalna	☐
usługi menadżera opieki	☐
opieka wytchnieniowa:*	☐ całodobowa
	☐ dzienna - w wymiarze 9 godzin dziennie (wsparcie opiekuna i pielęgniarke)
	☐ dzienna - w wymiarze 6 godzin dziennie (wsparcie opiekuna)
usługi wypożyczalni sprzętu medycznego	☐ (należy wskazać rodzaj sprzętu) wraz z transportem: TAK ☐ NIE ☐

* w przypadku usługi opieki wytchnieniowej należy wybrać wyłącznie jedną wybraną formę wsparcia.

1. Dane kandydata - opiekuna faktycznego/nieformalnego

IMIĘ:	
NAZWISKO:	
DANE TELEADRESOWE:	
Kraj:	Polska
Województwo:	małopolskie
Powiat:	Kraków
Gmina:	Kraków
Miejscowość:	Kraków
Kod pocztowy:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

2. Kryteria rekrutacji:

a. KRYTERIA DOPUSZCZAJĄCE: (należy zaznaczyć właściwe pola)

Niniejszym oświadczam, że:		
Jestem opiekunem faktycznym (nieformalnym)¹ osoby, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.	TAK ☐	NIE ☐
Należy obligatoryjnie wypełnić: Ankietę poziomu niesamodzielnosci-skale KATZ (ADL)		
Moje miejsce zamieszkania znajduje się na terenie Gminy Miejskiej Kraków.	TAK ☐	NIE ☐
Należy obligatoryjnie załączyć: dokumenty potwierdzające miejsce zamieszkania np. akt własności lokalu, umowa najmu, potwierdzenie zameldowania.		
Nie jestem uczestnikiem/uczestniczką innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach FEM 2021–2027, w którym przewidziane formy wsparcia są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu/korzyści dla uczestnika/uczestniczki projektu.	TAK ☐	NIE ☐
Jestem osobą pełnoletnią.	TAK ☐	NIE ☐

¹ Opiekun faktyczny (nieformalny)- osoba opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędąca opiekunem formalnym (zawodowym) i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki (nie dotyczy rodziców zastępczych), najczęściej członek rodziny, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą, osoba bliska, wolontariusz.

Ankieta poziomu niesamodzielności (należy zaznaczyć właściwe pola)

Niniejszym przedstawiam ankietę poziomu niesamodzielności mojego podopiecznego:

Czynność	Opis	Osoba samodzielna	
		TAK	NIE
Kąpanie się	Nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w wannie/prysznic	☐	☐
Ubieranie się i rozbieranie	Ubiera się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem wiązania sznurówek	☐	☐
Korzystanie z toalety	Idzie to toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez żadnej pomocy (może używać jako podpory laski lub chodzika albo też korzystać w nocy z basenu lub nocnika)	☐	☐
Wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel	Przemieszcza się z/do łóżka lub na krzesło bez pomocy (może korzystać z laski lub chodzika)	☐	☐
Samodzielne jedzenie	Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem)	☐	☐
Kontrolowane wydalanie moczu i stolca	Całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania)	☐	☐

Wyniki (opis):

5-6-osoby sprawne, 3-4 -osoby umiarkowanie niesprawne, 2 i mniej niż 2 – osoby znacznie niesprawne

b. KRYTERIA PREFERENCJI*: (należy zaznaczyć właściwe pola)

* **Nie dotyczy usługi wczesna opieka poszpitalna** - z uwagi na interwencyjny charakter wsparcia kryteriów preferencji nie stosuje się.

Niniejszym oświadczam, że przysługują mi preferencje w dostępie do oferowanych usług z uwagi na spełnianie następujących kryteriów:	
Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności Należy obligatoryjnie załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. orzeczenie o niepełnosprawności	☐
Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną². Należy obligatoryjnie załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. orzeczenie o niepełnosprawności	☐
Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną. Należy obligatoryjnie załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. orzeczenie o niepełnosprawności	☐
Jestem osobą cierpiącą na chorobę psychiczną. Należy obligatoryjnie załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. dokumentację medyczną	☐
Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10). Należy obligatoryjnie załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. dokumentację medyczną	☐
Jestem osobą korzystającą z FE PŻ. Należy obligatoryjnie załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. zaświadczenia o korzystaniu z programu FE PŻ	☐
Jestem osobą zamieszkującą samotnie. Należy obligatoryjnie załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. dokumentację z ośrodka pomocy społecznej	☐

² Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności

Jestem osobą w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożoną bezdomnością³ (w zakresie wsparcia mieszkaniowego). Należy obligatoryjnie załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. dokumentację z ośrodka pomocy społecznej	☐
Jestem dzieckiem wychowującym się poza rodziną biologiczną. Należy obligatoryjnie załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. dokumentację z ośrodka pomocy społecznej	☐

Czy są usługi, których Pan/Pani będzie potrzebować w przypadku obecności w siedzibie Projektu - proszę zaznaczyć wybrana opcję:

- ☐ pętla indukcyjna
- ☐ wsparcie asystenta na przykład: osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością ruchową
- ☐ obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością
- ☐ obecność tłumacza języka migowego
- ☐ zapewnienie warunków dla psa asystującego
- ☐ inne

data

czytelny podpis

.....

.....

³ Osoba w kryzysie bezdomności, dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożona bezdomnością – osoba:

a) bezdomna w rozumieniu art. 6 pkt 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.), czyli osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowana na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym i zameldowana na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania;

b) znajdująca się w sytuacjach określonych w Europejskiej Typologii Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS w kategoriach operacyjnych: bez dachu nad głową, bez mieszkania, w niezabezpieczonym mieszkaniu, w nieodpowiednim mieszkaniu;

c) zagrożona bezdomnością - osoba znajdująca się w sytuacji wykluczenia mieszkaniowego zgodnie z typologią ETHOS, osoba bezpośrednio zagrożona eksmisją lub utratą mieszkania, a także osoba wcześniej doświadczająca bezdomności, zamieszkująca mieszkanie i potrzebująca wsparcia w utrzymaniu mieszkania.



Oświadczenia

W związku z przystąpieniem do projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” oświadczam, że:

1. wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w projekcie „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”;
2. zostałam/em poinformowana/y że projekt „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” **jest dofinansowany przez Unię Europejską**, w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
3. dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałam pouczony o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
4. zapoznałam/em się z Zasadami rekrutacji i kwalifikacji do projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”, akceptuję ich treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nich zawartych;
5. spełniam wszystkie kryteria rekrutacji dopuszczające do udziału w projekcie.

data

czytelny podpis

.....

.....